

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 56

DES ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 13 JUILLET 1896

PAR

Albert BLANC

Né à Gilhac-et-Bruzac (Ardèche)

Lauréat de l'École de médecine de Marseille.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*). DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique.	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie.	N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	PUE H, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

} MM. TEDENAT, *président.*
FORGUE.
LAPEYRE.
DE ROUVILLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A. BLANC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier

A. BLANC.

AVANT-PROPOS

Au moment où s'achève la période de nos études médicales, nous adressons à tous nos Maîtres l'expression de nos vifs remerciements.

Que M. le professeur Tédénat veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais l'intérêt que nous a toujours témoigné notre ami M. le docteur Reynès, chef de clinique. C'est sur ses conseils que nous avons entrepris ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547917_0096

INTRODUCTION

Depuis la célèbre discussion de l'Académie royale de chirurgie, deux méthodes différentes se partagent la faveur des chirurgiens dans le traitement des abcès ischio-rectaux.

Les uns, avec Foubert, sont partisans d'une simple incision faite au point culminant; les autres, imitant Faget, incisent immédiatement et très largement les tissus enflammés, le bistouri dirigé de l'anús vers la périphérie. Nous pensons que, s'il y a des suppurations du creux ischio-rectal qui réclament l'incision totale, si l'on ne veut pas voir persister la suppuration et survenir une fistule, il y en a d'autres qui ne nécessitent pas un pareil délabrement et guérissent avec une simple incision, c'est-à-dire sans intéresser le sphincter ni le rectum.

Il s'agirait donc pour nous de distinguer les cas passibles de telle ou de telle autre variété d'incision.

Si, aujourd'hui, le chloroforme et l'éther ont supprimé la douleur; si le thermo-cautère et les pinces à forcipressure ont à peu près supprimé l'hémorragie; si les pansements antiseptiques ont réduit la suppuration à sa plus simple expression; si, enfin, l'incontinence des matières fécales qui succède à l'incision du sphincter anal ne devient pas définitive, il n'en reste pas moins la longue durée de la réparation. Cette conséquence inévitable nous a paru assez importante

pour que nous pensions qu'avant de se livrer à une opération qui, sans entraîner tous les inconvénients qu'on lui a attribués, seules l'incontinence passagère, la lenteur et la durée de la guérison, devaient commander au chirurgien un examen approfondi des symptômes de l'affection pour en tirer un jugement tout entier au bénéfice de son malade.

Nous nous sommes donc proposé de faciliter le diagnostic, en faisant connaître les symptômes généraux des suppurations du creux ischio-rectal, leur évolution, ainsi que les formes sous lesquelles on peut les rencontrer dans la clinique, d'indiquer leur causes étiologiques, de montrer leur loi de fréquence et de régler leur traitement.

Aussi notre travail sera divisé comme il suit :

Chapitre I. — Anatomie du creux ischio-rectal.

Chapitre II. — Etiologie.

Chapitre III. — Symptomatologie.

Chapitre IV. — Diagnostic et pronostic.

Chapitre V. — Traitement.

Chapitre VI. — Observations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ABCÈS

DU CREUX ISCHIO-RECTAL

CHAPITRE I

ANATOMIE DU CREUX ISCHIO-RECTAL

L'excavation ou fosse ischio-rectale est un espace profond situé de chaque côté du rectum, entre le rectum et la face interne de l'ischion. La fosse ischio-rectale à l'état normal est comblée par du tissu cellulo-grasieux; mais quand, par la dissection, elle a été débarrassée de ce tissu, elle se présente sous la forme d'une cavité irrégulière.

Pour faciliter sa description, nous lui considérerons deux parois : une interne et l'autre externe; deux angles: l'un antérieur, l'autre postérieur, résultant de la réunion en avant et en arrière des deux parois interne et externe légèrement curvilignes, et enfin une base et un sommet.

La paroi interne est formée par la face inférieure des muscles releveurs de l'anus doublé d'une aponévrose et l'ischio-coccygien, et par le sphincter externe de l'anus. La paroi externe est formée par la face interne de l'ischion et par

le muscle obturateur interne qui recouvre cet os; une aponévrose recouvre le muscle et le sépare du tissu cellulo-graisseux; l'artère honteuse interne est appliquée contre l'ischion et l'obturateur dans un dédoublement de cette aponévrose.

La base, formée par les téguments doublés de leur couche graisseuse, est circonscrite en arrière par le bord inférieur du muscle grand fessier; en avant par le muscle transverse superficiel du périnée, en dehors par l'ischion, en dedans par le sphincter externe de l'anus.

Le sommet du creux ischio-rectal répond à l'union du releveur de l'anus avec l'obturateur interne. L'espace est complètement clos en ce point en raison de l'union intime des aponévroses de ces deux muscles, de telle sorte que les collections purulentes développées dans la fosse ischio-rectale ne peuvent gagner la cavité pelvienne qu'après avoir traversé le muscle releveur et ses deux aponévroses (Tillaux).

En avant, l'excavation se prolonge au-dessus du transverse et de l'aponévrose moyenne, au-dessous du releveur de l'anus; en arrière, elle se prolonge au-dessus du grand fessier et forme ainsi deux culs-de-sac.

Inférieurement, le creux ischio-rectal communique librement avec le tissu cellulaire qui entoure la marge de l'anus. Lorsque la suppuration a détruit le tissu cellulo-graisseux de la fosse, les parois ne pouvant se rapprocher en raison de la fixité de la paroi externe, il en résulte des décollements qui guérissent lentement.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les causes qui déterminent les suppurations du creux ischio-rectal sont nombreuses et, suivant l'origine, les suppurations sont primitives ou secondaires. La suppuration peut, en effet, se présenter primitivement dans le tissu cellulograisieux à la suite de traumatismes, de choc ayant porté sur la région fessière; par perforation du rectum par une canule, par un corps étranger venu d'en haut, fragment d'os, arête de poisson, ou par un corps étranger introduit dans l'anus dans un but lubrique.

Le phlegmon peut encore être déterminé par le passage d'un explorateur uréthral ayant fait fausse route.

Les suppurations du creux ischio-rectal sont bien plus souvent secondaires et reconnaissent pour origine une infection de voisinage. La surface ano-rectale en est la porte d'entrée. Toutes les rectites simples ou diathésiques, médicales ou chirurgicales, peuvent déterminer le phlegmon, et selon que l'inflammation se transmet par propagation (rectite parenchymateuse, rectite phlegmoneuse), ou par perforation (ulcération), l'on a le phlegmon simple ou le phlegmon gangréneux.

Les lymphatiques, d'après Hartmann, peuvent transporter les germes infectieux. L'inflammation des parois du rectum

par les veines atteintes de phlébite (hémorroïdes) peut s'étendre à la fosse ischio-rectale et déterminer un phlegmon.

C'est par rectite ulcéreuse que les rétrécissements et les néoplasmes du rectum se compliquent d'abcès de la fosse ischio-rectale. Les affections des organes génito-urinaires de l'homme, la péricystite, la vésiculite, la prostatite aiguë (Segond) peuvent leur donner naissance. L'infiltration d'urine par rupture de l'urèthre postérieur peut gagner aussi la fosse ischio-rectale et, par le fait de l'altération des urines en pareil cas, déterminer un phlegmon gangréneux.

Les phlegmons secondaires par voisinage sont consécutifs aux phlegmons qui se développent d'abord dans la couche sous-péritonéale au-dessus du muscle releveur de l'anus et qui gagnerait ensuite le creux ischio-rectal en traversant ce muscle (abcès en bissac de Chassaignac). Enfin le pus, passant en avant du coccyx, peut dépasser la ligne médiane et envahir la fosse ischio-rectale du côté opposé ; c'est l'abcès en fer à cheval.

Un phlegmon de la marge de l'anus peut envahir secondairement le creux ischio-rectal. Au cours ou pendant la convalescence de fièvres graves (fièvre typhoïde, scarlatine, variole etc.), on observe des suppurations de la fosse ischio-rectale ; elles seraient loin d'être rares chez les diabétiques, les goutteux et les rhumatisants.

Parfois les agents d'inflammation et de putréfaction contenus normalement dans l'intestin agissent sur le tissu périproctique par la voie la plus directe, lorsqu'une ulcération de nature syphilitique, tuberculeuse ou diphthéritique vient à perforer les parois du rectum et que les matières fécales pénètrent directement dans le tissu conjonctif voisin (Koenig).

La fosse ischio-rectale peut aussi être le siège d'abcès froids dus à une lésion des os du bassin. On en aurait vu survenir à la suite de coxalgies suppurées ; ces abcès s'accompagnent de

fistules ostéopathiques. Disons en terminant qu'il n'est pas rare que le phlegmon soit survenu sans cause appréciable, c'est à ces phlegmons qu'on a donné le nom d'idiopathiques ou spontanés. En pareil cas, il faut presque toujours incriminer la tuberculose (Duplay et Reclus).

Cette affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, ce qui tient probablement, d'après M. le Dr Hartmann, d'une part à la présence des poils chez le premier, et d'autre part à ce que les soins de propreté sont plus minutieux chez la femme que chez l'homme. Les cavaliers seraient fréquemment atteints, comme tendrait à le montrer l'observation II. Comparativement aux abcès ano-rectaux, les abcès de la fosse ischio-rectale sont peu communs. Etchepare, dans un relevé fait dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, a trouvé sept abcès ischio-rectaux sur quarante-neuf abcès de la région ano-rectale. Méloche, dans un relevé fait dans le service de M. le Docteur Reclus a trouvé quatre abcès ischio-rectaux et vingt-neuf intra-sphinctériens. Reclus, dans ses *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, établit une proportion de un sur dix ou sur quinze à peu près.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Il y a des symptômes locaux et des symptômes généraux. Les symptômes locaux sont physiques et fonctionnels. Dans la partie inférieure de la fesse le malade éprouve une sensation de tension, de pesanteur et de chaleur avec ou sans élancements. Au début, la douleur est peu marquée, elle est sourde, mais continue; elle devient petit à petit plus intense avec exacerbations et irradiations vers les organes génitaux externes et dans la cuisse.

Un des premiers symptômes, c'est la difficulté d'uriner (du moins chez l'homme), et même la rétention complète d'urine (Tillaux). La constipation est de règle, pourtant elle manque, quand il y a ouverture dans le rectum; il survient alors la diarrhée avec pus dans les matières. La défécation est extrêmement douloureuse.

Un fait particulier à ce phlegmon est sa dureté; pendant longtemps, alors que la peau est déjà et fortement tendue, on ne sent qu'une masse résistante et diffuse. Le praticien doit être également prévenu que la fluctuation est très difficile à percevoir, alors que déjà il y a du pus collectionné; et ce serait s'exposer à de graves mécomptes que d'attendre qu'elle devienne manifeste.

Pour se rendre compte du gonflement, il faut placer le malade dans la position de la taille, ce qui permet de comparer

les deux côtés. On voit alors qu'il existe sur un des côtés de l'anüs un gonflement avec rougeur ; ce gonflement, très douloureux à la pression, est rénitent ; cependant à ce moment il y a de l'œdème et le doigt laisse une empreinte.

Plus tard, les téguments se soulèvent davantage, deviennent lisses, bleuâtres, le pus est sous-cutané et bientôt il sortira à l'extérieur.

Ce pus, en raison du voisinage du tube digestif, est d'une extrême fétidité. La présence de gaz dans le foyer explique en certains cas la sonorité et le bruit de clapotement à la percussion de la tuméfaction.

Le toucher rectal est difficile à pratiquer ; mais, si l'index arrive à franchir le sphincter, l'on peut aisément, en palpant en même temps la surface tuméfiée, arriver à constater la fluctuation. Mais il n'est pas nécessaire que la fluctuation devienne manifeste pour que l'affection soit caractérisée.

Nous sommes ici en présence d'un énorme phlegmon qui va de l'anüs à l'ischion, du coccyx à la racine des bourses, et qui s'accompagnera fatalement de phénomènes généraux intenses.

Il y a de la fièvre, la température s'élève jusqu'à 39°, 39°5, et même 40° ; le pouls est très fréquent, la langue sèche, fuligineuse même ; le malade est en proie à une soif vive, à une insomnie constante, il a du délire, il est agité ou bien plongé dans une stupeur marquée.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

La marche quelquefois lente de l'abcès ischio-rectal, ne l'est jamais assez pour que l'on puisse croire à un néoplasme, comme l'indique J.-L. Petit. L'erreur ne pourrait être de longue durée, car les phénomènes inflammatoires deviennent bientôt manifestes. S'il est le plus souvent facile de reconnaître qu'on est en présence d'un phlegmon, le siège exact en est plus difficile à préciser. Il s'agit tout d'abord de différencier l'abcès du creux ischio-rectal avec le phlegmon pelvi-rectal supérieur, l'infiltration d'urine, la périprostatite, l'abcès de la prostate et enfin avec les abcès sous-cutanéomuqueux.

Le toucher rectal constitue le moyen de diagnostic le plus sûr : l'induration péri-rectale est peu considérable dans le phlegmon simple, elle ne dépasse guère le releveur en cas de phlegmon de la fosse ischio-rectale et remonte, au contraire, très haut dans le phlegmon pelvi-rectal supérieur.

S'il y a ouverture dans le rectum, l'évacuation des matières est suivie de l'issue du pus dans les collections purulentes de l'espace pelvi-rectal supérieur ; tandis que l'issue du pus précède l'évacuation des matières dans les abcès de la partie inférieure du rectum. Dans l'*infiltration d'urine*, l'aspect particulier de la région périnéale, la connaissance des antécédents urinaires du malade sont des données de premier ordre qu'il faut mettre à profit.

Dans la *périp prostatite*, l'inflammation phlegmoneuse siège dans ce tissu cellulaire, lâche, abondant et vasculaire, situé entre le rectum et la vessie.

Dans l'*abcès de la prostate*, le toucher rectal démontre une augmentation de volume en général plus prononcée sur un lobe que sur l'autre et une exagération de la sensibilité; elle prend une forme carrée (Vidal), si la prostatite est générale, et présente une série de bosselures ou de mamelons, ou une hypertrophie latérale dans la prostatite partielle.

Il ne saurait guère y avoir de doutes pour les *abcès tubéreux*: ces collections, dépassant rarement le volume d'une petite noix, siègent habituellement très près de l'orifice anal; elles sont très superficielles, séparées de l'extérieur par la peau mince de la région entourée à peine d'une légère induration.

Le *phlegmon de la marge de l'anus* se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané; il est beaucoup moins circonscrit que l'abcès tubéreux. A une distance plus ou moins grande de l'anus, se montre une tuméfaction douloureuse qui s'étend à un ou deux travers de doigt de l'orifice anal.

Quant aux *abcès sous-muqueux*, ils sont situés entre le doigt explorateur introduit dans l'anus et le sphincter, tandis que les abcès ischio-rectaux sont situés en dehors du sphincter.

L'abcès du creux ischio-rectal étant reconnu, il faut en déterminer la *nature*. Les commémoratifs, l'examen local, le toucher rectal permettront de trouver, dans quelques cas, des hémorroïdes, un rétrécissement, un néoplasme, la présence de plaies, d'opérations, de corps étrangers du rectum, d'affections de la prostate, des vésicules séminales, etc.

Enfin, quand rien ne semblerait expliquer l'apparition de l'abcès, ni du côté du rectum, ni du côté des organes voisins, l'auscultation devra toujours être pratiquée avec soin; donne-t-elle des résultats positifs au point de vue de la tuberculisa-

tion pulmonaire, la question est à peu près tranchée ; mais, même si elle reste négative, on ne saurait affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose, contrairement à la loi de Louis. On fera l'examen bactériologique du pus et l'on explorera minutieusement la ceinture pelvienne, ainsi que la colonne vertébrale. Quand le phlegmon s'est ouvert au-dehors, le stylet et le toucher rectal rendront compte du siège et de l'étendue de l'abcès.

PRONOSTIC. — Le phlegmon ischio-rectal est d'un pronostic très sérieux ; l'importance des phénomènes généraux, l'abondance de la suppuration, les fistules interminables justifient trop les craintes que l'on doit exprimer dès le début.

Le phlegmon gangréneux est presque toujours mortel. Les phlébites, les embolies septiques, la pyohémie sont les causes de la mort. La résolution est exceptionnelle.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'expérience ayant démontré qu'un phlegmon de la fosse ischio-rectale ne se termine jamais par résolution, et que par conséquent la suppuration est de règle, il convient de traiter rapidement et énergiquement cette affection par des moyens qui empêcheront le pus de créer de graves désordres en se frayant une voie vers l'extérieur et à prévenir la formation d'une fistule.

Les antiphlogistiques, les bains, les irrigations chaudes produisent un soulagement dans l'état douloureux, mais n'empêchent pas le pus de se former.

De ces considérations il découle qu'il faut : 1° prévenir l'ouverture spontanée et éviter que la maladie traîne ; 2° inciser largement non seulement dans le but d'éviter la fistule ultérieure, mais encore pour évacuer complètement et rapidement le foyer purulent et ne pas attendre qu'il y ait fluctuation, à cette période que connaissait bien A. Paré « où la tumeur est encore verdelette ».

Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur le premier point : il faut évacuer l'abcès de bonne heure par l'incision.

Mais comment faut-il inciser les abcès ischio-rectaux ? C'est ici que les chirurgiens ne s'entendent plus.

Depuis la célèbre discussion de l'Académie royale de chirurgie, deux méthodes se partagent la faveur des praticiens.

Nous ne reproduirons pas en détail l'historique de ces deux méthodes qui a été bien fait par Barrau de Muratel ; nous dirons en quoi consistent ces méthodes et ce qui les différencie.

La *méthode de Faget* consiste à inciser immédiatement et très largement les tissus enflammés : le bistouri, dirigé de l'anus vers la périphérie, sectionne le rectum verticalement, ainsi que le sphincter.

La *méthode de Foubert* consiste à faire une petite incision au point culminant de la tumeur pour permettre l'évacuation du pus ; si une fistule s'établit, on la traite plus tard.

Ces deux méthodes se sont partagé le monde chirurgical. J.-L. Petit, de la Faye, Richerand fendaient d'emblée le rectum. Étaient partisans de la méthode de Foubert : Debalz (thèse du Collège de chirurgie, 1761. *De ani abscessibus*), Tisseyre (thèse de Paris, 1811) ; Montagnon (*Annales cliniques de Montpellier*, t. XXIII, 1814) ; Danyon (thèse de concours, 1832) ; Lhomme (thèse de Paris, n° 365, 1839) conseille de faire dans les grands abcès une ou deux incisions parallèles au sillon interfessier si l'abcès fait le tour de l'anus ; on opérera la fistule quand les pertes de substances seront en partie réparées. On y joindra le repos au lit, les soins de propreté et l'on constipera le malade.

Sabatier, Marchand, Michaud, Bégin, Velpeau, Ribes appliquent la méthode de Faget, lorsque le rectum est altéré, et la méthode de Foubert, quand le rectum est sain. Il faut inciser longuement et ne pas laisser de culs-de-sac.

Plus près de nous, un auteur autorisé, Daniel Mollière (de Lyon), combat la méthode de Faget et s'exprime ainsi : « 1° Toute incision comprenant à la fois le sphincter et une portion étendue du rectum expose à l'incontinence permanente des matières fécales ; 2° cette incontinence est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, parce que

c'est une infirmité que bien des patients ne veulent pas avouer, soit par amour-propre, soit par crainte d'une nouvelle opération ; 3^e elle expose aux hémorragies. »

A la période moderne la discussion continue : Gosselin, dans la majorité des cas, adoptait la méthode de Foubert. Boyer déclarait que la méthode de Faget est toujours dangereuse et bien souvent inutile. Chassaignac, au contraire, se déclare partisan de la méthode de Faget, et Verneuil adopte celle-ci en faisant remarquer qu'il ne faut pas inciser le sphincter en deux endroits à la fois.

La méthode de Faget, d'abord réduite aux phlegmons avec perforation de l'intestin, puis rénovée par Chassaignac, Verneuil, Trélat, Reclus, est aujourd'hui la plus généralement admise, quand il s'agit d'abcès sous-sphinctériens ou sous-muqueux.

Quant aux abcès extra-sphinctériens, abcès de la fosse ischio-rectale, la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, sur le rapport de M. Horteloup à l'occasion de deux observations de Bazy, montre que MM. les professeurs Terrier et Berger croient que la guérison des abcès de la fosse ischio-rectale peut quelquefois être obtenue sans l'incision du rectum.

Si l'amélioration de l'arsenal chirurgical, si les progrès considérables de l'antisepsie ont supprimé l'hémorragie et les complications des plaies, il n'en reste pas moins la lenteur de la cicatrisation dans l'incision de Faget.

Nous pensons qu'il est souvent inutile de toucher au sphincter. Il faudrait donc distinguer les cas dans lesquels la section du rectum et du sphincter est nécessaire de ceux où elle est inutile.

Dans les abcès ne communiquant pas avec le rectum, nous conseillerons de fendre l'abcès directement par une incision large, antéro-postérieure, parallèle au raphé médian, le doigt

évacuera les clapiers, le foyer bien vidé sera lavé soigneusement et fréquemment avec une solution de sublimé ou de phénosalyl et bourré de gaze iodoformée et par-dessus du coton antiseptique absorbant. Mais lorsque l'abcès est déjà ouvert dans le rectum ou qu'il menace de le faire, quand il est consécutif à une suppuration de l'espace pelvi-rectal supérieur ou qu'il existe des décollements, il faut pratiquer l'incision radiaire, fendre au thermo-cautère le rectum et le sphincter.

Dans le phlegmon gangréneux, il faut de bonne heure inciser les téguments, au besoin faire des incisions multiples au thermo, bien désinfecter le foyer et prescrire un traitement général tonique.

Quand les deux cavités ischio-rectales ont été envahies et vidées par la suppuration, le rectum restant isolé comme un battant de cloche au milieu du détroit inférieur (abcès en fer à cheval), il faut faire en arrière, sur la partie médiane, une incision qui comprend le rectum et le sphincter, placer un drain dans chaque fosse et amener ainsi le pus à l'extérieur en introduisant des compresses de gaze antiseptique dans le rectum.

Le traitement des abcès ostéopathiques ne devra pas se borner à l'incision simple, on grattera le foyer et l'on fera suivre le curettage de cautérisations thermiques ou chimiques : thermo-cautère ou chlorure de zinc. On joindra le traitement général de la tuberculose au traitement local.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation I

(PERSONNELLE)

Abcès de la fosse ischio-rectale gauche

M^{me} veuve A..., soixante-cinq ans, ne présente rien d'important dans ses *antécédents héréditaires* : père et mère morts vieux, frère âgé de soixante-dix ans, bonne santé.

Antécédents personnels. — A vingt-trois ans, suites de couches graves qui l'ont retenue au lit quelques semaines ; a eu l'influenza en 1889. Pas d'hémorroïdes ; un peu de constipation. Obligée de prendre des lavements tous les deux jours.

Histoire de la maladie. — Vers le 15 mars 1893 a commencé à éprouver des douleurs du côté de l'anus. Sur le conseil de son entourage, elle badigeonne la région périanale de teinture d'iode, applique des compresses chaudes. Le 20 mars elle se décide à aller à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Le 6 avril, la douleur n'ayant fait que s'accroître, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Catherine.

Elle présente à ce moment-là une tuméfaction considérable déformant la région anale, toute la région latérale gauche est rouge, empâtée. M. le docteur Roux (de Brignoles), suppléant M. le professeur Combalat, chloroforme la malade et pratique une large incision antéro-postérieure à environ trois travers de doigt de l'anus.

Le pus est évacué, on tombe avec le doigt dans la fosse ischio-rectale. Lavages antiseptiques de la cavité purulente, tamponnement à la gaze iodoformée. Pansements irréguliers.

La malade languit, elle quitte l'hôpital le 30 mai pour aller à la campagne. Il ne reste qu'une petite ouverture par laquelle s'écoule un peu

de pus blanchâtre. M^{me} A... nous prie d'aller trois fois par semaine la panser : nous continuons les lavages antiseptiques et nous bourrons toujours la cavité de petites mèches de gaze iodoformée. Au bout d'une quinzaine de jours il ne reste plus qu'un nodule grand comme une pièce de un franc.

Nous ne retournons plus chez M^{me} A..., elle se considère comme complètement guérie, elle se promène dans le jardin et ne souffre plus.

Nous avons revu M^{me} A..., le 30 juin 1895, c'est à-dire trois ans après son opération, il n'est pas survenu de fistule, elle se porte très bien, malgré ses soixante-huit ans, vaque aux soins de son ménage, et n'a jamais plus souffert. Comme trace de son abcès et de l'incision, il ne reste qu'une ligne blanche légèrement indurée.

Observation II

(Due à l'obligeance de notre ami M. REYNÈS, chef de clinique à la Faculté)

Phlegmon du creux ischio-rectal droit

L... (J.), trente-huit ans, gendarme, d'ordinaire bien portant ; pas d'hémorroïdes ; tendance à constipation intermittente. Entre à l'hôpital le 26 mars, souffrant depuis une dizaine de jours de pesanteur à l'anus et de douleurs d'abord sourdes et gravatives, mais de plus en plus vives et lancinantes. En même temps, au voisinage du côté droit de l'anus, la fesse s'est tuméfiée, elle est dure, légèrement rouge, tranchant bien sur la couleur des parties environnantes. Par la pression, le doigt reconnaît un empâtement profond, mais ne décèle pas de fluctuation ; la pression est très douloureuse.

Depuis deux jours, pas de selles et rétention d'urine depuis vingt-quatre heures.

Le malade est immédiatement porté sur la table d'opération, lavé, rasé, désinfecté.

Après lavage de l'urèthre, cathétérisme évacuateur avec sonde de Nélaton en caoutchouc rouge : il sort une assez petite quantité d'urine, malgré l'absence de miction depuis vingt-quatre heures ; il y a eu rétention et en même temps légère anurie.

Le Dr Reynès, chef de clinique, fait une incision à 2 centimètres de l'anus et parallèle au grand axe de l'orifice ; le bistouri prend une

épaisseur assez grande de tissu avant d'arriver dans l'abcès, un flot de pus jaune-verdâtre, mêlé de sang et très fétide, d'odeur fécaloïde, s'échappe. Nettoyage de la cavité à la gaze, lavage au sublimé 1/1000.

Le doigt sent le rectum sur la face interne de l'abcès. Mèche de gaze iodoformée.

Le malade est immédiatement soulagé, dort bien la nuit ; le lendemain vient du corps et urine bien.

Les jours suivants, renouvellement du pansement. Lavages et mèches de gaze iodoformée.

Le 21 avril, M. le professeur Tédénat, après avoir examiné le malade, constate que la guérison tarde à venir ; que la plaie, datant déjà de trois semaines, se ferme bien lentement, et propose l'incision radiaire du rectum et de l'anüs à la façon de Faget.

Elle est pratiquée par lui, et le trajet purulent communique largement avec le rectum. Bandage à la gaze.

Pansements et lavages tous les jours après chaque selle.

L'incontinence fécale ne s'est pas montrée. Pas de rétention d'urine.

Le 13 mai, le malade sort ; tout est presque entièrement cicatrisé.

Le 4 juin, le gendarme a repris son service comme auparavant ; il est entièrement guéri.

Observation III

(Due à l'obligeance de notre ami M. REYNÈS, chef de clinique à la Faculté)

Phlegmon du creux ischio-rectal droit

G. M. . . . , vingt-neuf ans, de Montpellier, entrée le 28 janvier 1896. D'ordinaire bien portante : hémorroïdes depuis accouchement 1887 sortent et forment un bourrelet que la malade est obligée de rentrer après chaque selle. Quatre enfants dont deux vivants. Pas de pertes blanches ni rouges.

Entre à l'hôpital avec un abcès du creux ischio-rectal ayant débuté il y huit jours, mais actuellement ouvert, formant des trajets purulents en haut le long du rectum sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans le creux ischio-rectal et des décollements sous-cutanés très courts.

M. le professeur Tédénat examine la malade sur la table d'opération, incise les décollements et déterge soigneusement l'abcès ischio-rectal; lavage au sublimé 1/2000, mèche de gaze iodoformée.

Pansements renouvelés après chaque selle. La cavité de l'abcès se comble assez vite; les décollements ont disparu; tout bourgeonne. La malade sort guérie et tout à fait bien portante.

Observation IV

(Bazy, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 313)

Homme de trente-cinq ans. Petit abcès comme une noix contre l'orifice anal, incisé et presque complètement guéri au bout de huit jours. Revu quelques jours après avec une grosse collection ischio-rectale et des phénomènes généraux accentués. On sent la paroi rectale fluctuante, saillante et douloureuse et on se renvoie très nettement la fluctuation du doigt rectal à la main placée sur la peau. Une incision cutanée de 2 centimètres donne issue à du pus fétide; injection phéniquée forte; drain debout, long de 7 centimètres environ; pansement iodoformé.

Avec la seule précaution de raccourcir graduellement le tube et d'entretenir la constipation, il ne restait plus, au bout de quinze jours, qu'un petit orifice et la guérison était complète en vingt jours.

Observation V

(Bazy, in *Revue de chirurgie*, 1887, p. 313)

Gros abcès ischio-rectal avec rétention d'urine de voisinage. Incision et issue de trois à quatre cuillerées de pus.

La fluctuation se transmettait du rectum au périnée.

Même traitement de la plaie. Guérison en dix jours. Revu quatre mois après, ce malade présentait une cicatrice cutanée rougeâtre et indolente, et, fait important, on sentait, par le toucher rectal, un cordon dur et indolent paraissant faire corps avec l'ischion.

Observation VI

(Due à l'obligeance de notre ami, M. le docteur Lop)

Homme de trente-six ans, facteur de pianos à Marseille, entré à l'hôpital de la Conception, dans le service de M. le docteur Nicolas,

en 1888, pour un abcès du creux ischio-rectal droit. Il n'y avait pas d'infiltration urineuse.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, on fait une incision au thermo-cautère suivie de pansements antiseptiques.

Le malade était en bonne voie de guérison, quand il contracte la variole et meurt.

Observation VII

(Due à l'obligeance de notre ami, M. le docteur LOP)

V... (Frédéric), onze ans, demeurant à Marseille. A eu des gourmes, tempérament scrofuleux. Tuberculose du pubis et des organes génitaux. Il s'est produit une fusée purulente à travers la gaine du muscle droit jusqu'à l'appendice xyphoïde et une autre vers la fosse ischio-rectale droite.

En octobre 1894, curettage et grattage du pubis. Toucher au chlorure de zinc. Ouverture et grattage de l'abcès de la fosse ischio-rectale, incision elliptiligne, drainage à la gaze iodoformée. Guérison et cicatrisation deux mois après.

Observation VIII

(In Thèse de BARRAU DE MURATEL, Paris, 1886)

D ..., quarante et un ans, fort aux Halles, entré à l'hôpital le 16 janvier 1886 pour un abcès de la fosse ischio-rectale.

Antécédents héréditaires. — Deux frères morts d'affections pulmonaires aiguës. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Esquinancie à gauche à quatorze ans. Il y a deux ans, affection pulmonaire qui a duré cinq mois, caractérisée par une toux rare, une expectoration peu abondante, des sueurs nocturnes, de la fièvre et de l'amaigrissement considérable. Pas de point de côté. Le malade a conservé de cette maladie quelques sueurs nocturnes irrégulières. En examinant ses voies respiratoires, on constate l'existence de signes avancés de tuberculose.

Histoire de la maladie. — Vers le 1^{er} janvier 1886, le malade s'aperçut qu'il avait une petite tumeur à gauche de l'anus. Cette tumeur grossit rapidement et devint douloureuse au point de rendre la mar-

che et la défécation difficiles. L'état général était assez mauvais et la fièvre intense.

15. — Cette tumeur fut incisée; il en sortit une grande quantité de pus fétide. Le malade entra le jour même à l'hôpital.

23. — M. le docteur Reclus fit l'opération de la fistule. Le malade étant endormi, une sonde cannelée fut introduite par l'orifice de l'abcès; elle révéla un décollement rectal assez étendu qui passait en dehors du sphincter; enfin, il existait une vaste poche dans la fosse ischio-rectale gauche. Le décollement rectal, percé à son point le plus élevé, le bec de la sonde cannelée fut ramené en dehors de l'anus. Le décollement fut incisé au thermo-cautère. La plaie, assez étendue et profonde, cautérisée, lavée à l'eau chaude, fut pansée avec des éponges saupoudrées d'iodoforme. Les premiers jours, la température dépassa 38°, mais elle descendit bientôt à la normale. Le pansement fut fait tous les jours. Le malade sortit guéri quatre mois et demi après l'opération.

Observation IX

(HARTMANN, *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1893)

Abcès sous-cutanés muqueux de la marge de l'anus avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale.

N..., trente-trois ans, entre le 8 février à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître M. le professeur Terrier, pour un abcès de l'anus. Ce malade, qui n'avait jamais rien éprouvé de ce côté, a commencé à souffrir en allant à la garde-robe, vers le milieu de décembre. Les selles étaient douloureuses et, dans leur intervalle, il faisait des efforts qui n'arrivaient qu'à expulser un peu de sang. La tuméfaction extérieure n'a commencé à paraître qu'il y a une quinzaine de jours. Rien à noter dans les antécédents.

Actuellement on constate à gauche, sur la marge de l'anus, une tuméfaction qui s'étend sur la fesse, occupant toute la largeur de la fosse ischio-rectale. Cette tuméfaction arrondie est recouverte d'une peau d'un rouge foncé et se perd dans le canal anal, elle est fluctuante, excepté à sa limite où l'on trouve une zone plus dure, comme empâtée.

Au toucher rectal, on trouve dans le canal anal une ulcération à

bords un peu indurés, en forme de fente verticale sans tuméfaction à son niveau.

Au-dessus du sphincter, la paroi rectale est à gauche, soulevée dans presque toute sa largeur par une tuméfaction arrondie, empâtée, comme fluctuante, remontant en haut à peu près à la limite de ce qu'atteint le doigt. La muqueuse à son niveau est lisse, normale, la paroi rectale semble simplement soulevée par elle. Par le palper bimanuel, on constate que cette tuméfaction rectale qui n'existe pas dans le canal anal, se continue avec celle qu'on trouve extérieurement dans la fosse ischio-rectale. L'existence de l'ulcération anale et de la suppuration sous-cutanéomuqueuse de la région sous-sphinctérienne, jointe à l'intégrité des tuniques rectales au niveau de la tuméfaction qui les soulève, nous fait faire le diagnostic *d'abcès sous-cutanés-muqueux de la marge de l'anūs avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale*.

La température varie de 38°2 à 38°6. Pas de tuberculose pulmonaire appréciable. Malade d'apparence extérieure robuste.

Le 10 février 1893, après anesthésie par le bromure d'éthyle, nous incisons la peau et la muqueuse anale du thermo-cautère dans toute l'étendue de la tuméfaction. Immédiatement la saillie rectale disparaît.

Le foyer se comble régulièrement, et actuellement, le 8 mars, le malade ne présente plus qu'une plaie superficielle en voie de cicatrisation.

L'examen bactériologique ne montre que du *bacterium coli* à l'état de culture pure.

Le 3 mars nous sacrifions le cobaye inoculé. Il existe sous la paroi abdominale un abcès caséeux. Les ganglions correspondants sont hypertrophiés, non caséifiés. La rate, hypertrophiée, présente à sa surface des granulations grisâtres. Des lamelles faites avec le pus nous ont montré des bacilles tuberculeux.

Observation X

(In thèse BARRAU DE MURATEL, Paris, 1886)

H....., trente-neuf ans, porteur aux Halles, entre dans le service de M. Reclus, pour un abcès double de la fosse ischio-rectale.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique, en 1877. Mère tuée en 1871. Deux frères et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Syphilis en 1886. Hémorroïdes opérées en 1868. Cet homme a vécu longtemps aux colonies ; il y a contracté des fièvres intermittentes dont il lui reste des sueurs nocturnes. En 1884, accès d'alcoolisme aigu, guéri par le régime lacté.

Histoire de la maladie. — Vers Noël 1885, une tumeur se développe du côté de l'anus, causant des douleurs de plus en plus fortes.

Le 12 janvier 1886, le malade est obligé de s'aliter ; il existe alors, de chaque côté de l'anus, une tumeur du volume d'une noix environ, dure, très douloureuse. La défécation, la marche, causent de vives douleurs. Les selles sont blanchâtres, liquides. Le malade souffre d'élancements, surtout la nuit. La fièvre s'étant allumée de bonne heure, le malade mangeait peu, mais buvait un litre et demi de vin par jour et de l'eau-de-vie jusqu'à l'ivresse, « pour se procurer le sommeil, dit-il ». Pas de trouble de la miction. Le 26 janvier, il est opéré par M. Reclus.

Les deux tumeurs ponctionnées au thermo-cautère, les décollements sont incisés sur la sonde cannelée. Des deux côtés le sphincter est coupé. Quand nous avons pu voir le malade dans le mois de mars, nous avons constaté l'existence de deux plaies, une de chaque côté, dirigées en haut et en dehors de façon à former un angle ouvert en haut, le sommet étant à peu près sur l'orifice anal. La plaie droite était presque fermée, mais la plaie gauche avait encore cinq à six centimètres de long et elle était profonde et longue. L'état général a toujours été bon. Il y a eu un peu de fièvre les premiers jours.

22 mars.— Le malade demande à sortir. La plaie de la fesse droite est fermée. Il reste une cicatrice fine et bleuâtre à gauche, enfin, il y a des deux côtés de l'érythème due à l'usage de l'eau chaude et de la liqueur de Van Swieten.

6 avril. — Le malade rentre à l'hôpital. La cicatrice droite présente une ulcération superficielle, la cicatrice gauche est comme décollée en un point d'où suinte un peu de pus. Au-dessus il existe une induration douloureuse assez considérable. Au bout de quelques jours de repos et de pansement, tout rentre dans l'ordre et le malade sort guéri le 21 avril.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc conclure en disant :

1° Pour éviter la formation d'une fistule et sauver le malade, l'intervention devra être précoce.

2° L'incision de Faget sera nécessaire quand l'abcès communiquera avec le rectum ou qu'il menacera de le faire, quand il sera consécutif à une suppuration de l'espace pelvi-rectal supérieur ou qu'il existera des décollements.

3° Une large incision antéro-postérieure suffira dans les abcès limités à la fosse.

4° Dans les abcès en fer à cheval, on pratiquera une incision postérieure sur la ligne médiane qui comprendra le rectum et le sphincter.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARRAU DE MURATEL. — De l'incision des abcès de la région ano-rectale, thèse, de Paris 1886.
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration, Paris, 1859, t. II.
- CHASSAIGNAC. — Dict. Encyclopédique des sciences médicales, t. II.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DANYAU. — Thèse de Concours, 1832.
- ETCHEPARE. — Thèse de Paris, 1894, n° 352.
- Encyclopédie internationale de chirurgie.
- FORGUE ET RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
- FAGET L'AINÉ. — Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie de Paris, 1743, t. I).
- FOUBERT. — Sur les grands abcès du fondement (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1757, t. III).
- GOSSELIN. — Nouveau dict. de médecine et de chirurgie pratiques, t. II.
- KIRMISSON. — Traité de chirurgie.
- KÖENIG. — Traité de pathologie, t. II.
- LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale (Paris, 1888).
- LHOMME. — Thèse de Paris, 1839.
- MOLLIÈRE DANIEL. — Traité des maladies du rectum et de l'anus, Paris, 1877, p. 35.
- POTHERAT. — Traité de chirurgie.
- QUENU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, Paris, 1895.
- RECLUS. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1888.
- RECLUS. — Cliniques chirurgicales de la Pitié, 1894.
- Revue de chirurgie.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.

TISSEYRE. — Thèse de Paris, 1811.

TRÉLAT. — Clinique chirurgicale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 juillet 1896.

Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 juillet 1896.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
